

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：07

輔具項目名稱：視覺及相關輔具

一、基本資料

1. 姓名：_____	2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 國民身分證統一編號：_____	4. 生日：_____年_____月_____日
5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓	
6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) _____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓	
7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____	
<input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙	
<input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷	
7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能	
8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
9. 聯絡人：姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____	
10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

二、使用評估

1. 使用目的與活動需求(可複選)：日常生活 醫療 就學 就業 休閒與運動
2. 輔具使用環境(可複選)：居家 學校 社區 職場
3. 輔具使用情境(可複選)：短訊息閱讀 長時間閱讀 資料蒐集 筆記或記錄
特定物件辨識 閱聽新聞 一般溝通 其他：_____
4. 目前已使用視覺及相關輔具種類(可複選)：視障用白手杖 收錄音機或隨身聽-A 款(一般型)
收錄音機或隨身聽-B 款(數位型) 視障用點字手錶 視障用語音報時器 特製眼鏡 包覆式濾光眼鏡 手持望遠眼鏡 放大鏡 點字板 點字機(打字機) 點字觸摸顯示器-A 款 點字觸摸顯示器-B 款 可攜式擴視機-A 款 可攜式擴視機-B

款 桌上型擴視機-A 款 桌上型擴視機-B 款 視障用螢幕報讀軟體-A 款 視障用螢幕報讀軟體-B 款 視障用螢幕報讀軟體-C 款 視障用視訊放大軟體 語音手機 其他_____

5. 此次申請的視覺輔具 1：_____【尚未使用者免填以下(1)-(4)】

- (1) 已使用：_____年_____月 使用年限不明
- (2) 廠牌規格型號：_____
- (3) 輔具來源： 自購 社政 教育 勞政 其他：_____
- (4) 目前使用情形：
 已損壞不堪修復，需更新
 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
 適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用
 其他：_____

此次申請的視覺輔具 2：_____【尚未使用者免填以下(1)-(4)】

- (1) 已使用：_____年_____月 使用年限不明
- (2) 廠牌規格型號：_____
- (3) 輔具來源： 自購 社政 教育 勞政 其他：_____
- (4) 目前使用情形：
 已損壞不堪修復，需更新
 規格或功能不符使用者現在的需求，需更換
 適合繼續使用，但需要另行購置一部於不同場所使用
 其他：_____

6. 身體功能與構造：

- (1) 過去相關診斷：
 白內障(術前、後) 青光眼 黃斑部病變 老年性黃斑部病變 視神經萎縮
 視網膜色素變性 視網膜剝離 糖尿病視網膜病變 白化症 弱視
 葡萄膜炎 外傷 中風 腦性麻痺或發展遲緩 大腦視覺損傷
 其他說明：_____

(2) 視覺能力與摸讀能力：

補助項目	必備條件及應檢附表件
點字機(打字機)	本評估報告書
點字觸摸顯示器	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 附件二點字摸讀評估表
特製眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件三驗光報告表
包覆式濾光眼鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※

補助項目	必備條件及應檢附表件
手持望遠鏡	1. 8 倍以上需試用 2. 本評估報告書 3. 附件一功能性視覺評估表 4. 附件三驗光報告表 ※
放大鏡	1. 本評估報告書 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
擴視機	1. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 2. 附件一功能性視覺評估表 3. 附件三驗光報告表 ※
視障用視訊放大軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書 4. 視力具備指數視力(CF-15 公分) 5. 附件一功能性視覺評估表 6. 附件三驗光報告表 ※
視障用螢幕報讀軟體	1. 6 歲以上 2. 個人電腦基本配備 3. 本評估報告書
語音手機	本評估報告書

※首次申請視覺輔具(包覆式濾光眼鏡、手持望遠鏡、放大鏡、擴視機或視障用視訊放大軟體之任一項)或近半年視力有明顯變化者,需檢附「附件三驗光報告表」。

三、規格配置建議

1. 輔具規格配置：

- 點字機(打字機)之功用：讀寫訓練 訊息記錄 標籤記號 文書溝通 其他：_____
- 點字觸摸顯示器 A 款：20 方以上且 8 點顯示、可支援 1 種以上視窗版中英文視障用電腦報讀軟體
- 點字觸摸顯示器 B 款：含 A 款所有功能及規格，且總重量 2 公斤以下
- 特製眼鏡之功用：近用 中距離 遠用 戶外 室內 其他：_____
- 內容：屈光矯正 斜視矯正 放大(遠 中 近) 延伸視野 防眩光
增強對比 其他：_____
- 包覆式濾光眼鏡：包覆式(室內，顏色：____色，戶外，顏色：____色，閱讀，顏色：____色，其他：____，顏色：____色)
- 手持望遠鏡：超過 8 倍者需進行以下試用
試用規格____×____mm，(_____)
- 放大鏡：同時載明倍率與屈光度、非球面鏡片、倍率應高於 2 倍及屈光度高於 8
文鎮式：____×____D，或____×____mm
口袋型：____×____D

手持式：_____×_____D

站立式：_____×_____D

手持照明：_____×_____D

站立式照明：_____×_____D

其他：_____

可攜式擴視機 A 款：螢幕尺寸 2.8 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上者

可攜式擴視機 B 款：螢幕尺寸 3.5 英吋以上、色彩模式 3 組(黑白、負片、彩色模式)以上、支援放大與縮小功能且倍率為 6 倍以上，經評估所需以下其他功能配備 3 項以上者

亮度調整 對比調整 望遠 記憶或儲存畫面 6.5 吋以上螢幕

觸控螢幕 螢幕角度調整 連接電腦或電視 書寫支架或把手

桌上型擴視機 A 款：色彩模式 3 組以上、支援放大與縮小功能且倍率在 30 倍以上、可自動對焦或可切換手動對焦者

桌上型擴視機 B 款：色彩模式 5 組(如增加藍黃、黑黃或其他組合)以上、支援放大與縮小功能且倍率在 40 倍以上、可自動對焦及可切換自動手動對焦，經評估所需以下其他功能配備 5 項以上者

亮度調整 對比調整 望遠 記憶 儲存 托盤 導引線

定位指示 焦距鎖定 可旋轉鏡頭 一體成型且螢幕可調整

與電腦畫面分割

視障用視訊放大軟體：至少 6 倍以上之螢幕放大功能、滑鼠指標及文字編輯游標具多種放大提示調整之選擇、螢幕顯示色相可作多模式切換(含高反差、對比色、十字導引、平滑字形等)放大顯示視窗可選擇分割視窗、全螢幕顯示或區塊顯示

視障用螢幕報讀軟體 A 款：具備中英文語音報讀功能、支援字形字義解釋功能、可使用無字天書輸入法、具朗讀點字檔案功能、可支援點字觸摸顯示器

視障用螢幕報讀軟體 B 款：具備中英文語音報讀功能、支援多語音方案朗讀功能、支援字形字義前後解釋詞彙功能、具模擬滑鼠座標導引功能、可支援觸摸點字顯示器

視障用螢幕報讀軟體 C 款：具備中英文語音報讀功能、支援圖形標記功能、完整支援 office 系列軟體、具備閱讀 PDF 檔案功能、可支援觸摸點字顯示器

語音手機：具各層選單之語音報讀、文字簡訊播報、開關機聲音或震動提示、語音播報通訊錄內容及來電號碼等功能

其他電腦相關軟硬體或建議：_____

其他：_____

2. 是否需要接受使用訓練：需要 不需要

3. 是否需要安排追蹤時間：需要 不需要

4. 其他建議事項：

轉介眼科醫師做眼科特定項目檢查或治療，說明：_____

視覺功能訓練，說明：_____

- 居家、職場環境改善建議，說明：_____
- 轉介生活重建服務，說明：_____
- 其他，說明：_____

四、評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】

視覺輔具之建議：

- 建議使用，補充說明：_____
- 點字機(打字機)(項次：52)
 - 點字觸摸顯示器-A 款(項次：53)
 - 點字觸摸顯示器-B 款(項次：54)
 - 特製眼鏡(項次：47)
 - 包覆式濾光眼鏡(項次：48)
 - 手持望遠鏡(項次：49)
 - 放大鏡(項次：50)
 - 可攜式擴視機-A 款(項次：55)
 - 可攜式擴視機-B 款(項次：56)
 - 桌上型擴視機-A 款(項次：57)
 - 桌上型擴視機-B 款(項次：58)
 - 視障用視訊放大軟體(項次：62)
 - 視障用螢幕報讀軟體-A 款(項次：59)
 - 視障用螢幕報讀軟體-B 款(項次：60)
 - 視障用螢幕報讀軟體-C 款(項次：61)
 - 語音手機(項次：63)
- 不建議使用，理由：_____

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印